

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1970

N°

THESE

pour le

DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

MADemoiselle MOUSSE COLETTE CLAIRE

NÉE LE 17 JUILLET 1941 A PARIS 15^{EME}

Présentée et soutenue publiquement le

1970

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES INVAGINATIONS JEJUNO-GASTRIQUES
(Après gastrectomie et gastro-enterostomie)

Président: M. J. L. LORTAT-JACOB Professeur

Année 1970

N°

THESE

pour le

DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

MADemoiselle MOUSSE COLETTE CLAIRE

NÉE LE 17 JUILLET 1941 A PARIS 15^{EME}

Présentée et soutenue publiquement le

1970

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES INVAGINATIONS JEJUNO-GASTRIQUES
(Après gastrectomie et gastro-enterostomie)

Président:

M. J.L. LORTAT-JACOB Professeur



A MA REGRETTÉE MAMAN

A MON PÈRE

En témoignage de mon immense gratitude

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

En témoignage de ma profonde affection

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur J. L. LORTAT-JACOB,
Professeur de Clinique chirurgicale.

Nous avons eu l'honneur et la chance de bénéficier de son enseignement au cours de nos études. C'est un grand honneur pour nous que de l'avoir pour Président du Jury.

Qu'il veuille bien recevoir ici, le témoignage de notre admiration et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur DANIEL JOUVE

Chirurgien à l'Hôpital C. ROMIEU de DIGNE,

qui nous a guidé dans l'élaboration de cette thèse avec la plus grande bienveillance.

Nous le prions de trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance.

A Monsieur le Docteur C. RENN

Anesthésiste à l'Hôpital C. ROMIEU de DIGNE.

En remerciements de ses précieux conseils et de l'aide qu'il nous apporte dans notre spécialité.

AUX MÉDECINS ET CHIRURGIENS

de l'Hôpital C. ROMIEU de DIGNE:

- Madame le Docteur J. PLAS-REVILLON.
- Monsieur le Docteur G. GUIGOU.
- Monsieur le Docteur E. JUGY.
- Monsieur le Docteur C. CHAMAYOU, Anesthésiste.
- Monsieur le Docteur R. MEYER, Chirurgien.

Dont nous avons eu l'honneur d'être leur interne pendant notre stage clinique.

Notre profonde gratitude et nos sincères remerciements.

AUX MÉDECINS

de l'Hôpital Psychiatrique de DIGNE:

- Monsieur le Docteur R. PLAS.
- Monsieur le Docteur J. GERARDIN.

Mais les remerciements de nous avoir accueilli dans leur service

A MES AMIS INTERNES

de la Clinique d'AIGLUN,
de l'Hôpital C. ROMIEU,
de l'Hôpital Psychiatrique.

A MES AMIES INFIRMIÈRES

du bloc opératoire de l'Hôpital C. ROMIEU.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. T. ALAJOUANINE - H. BENARD - E. BERNARD - L. BINET - H. BULLIARD - J. CATHALA -
 E. CHABROL - P. CHAILLEY-BERT - J. CHEYMOL - F. COSTE - R. DEBRE - M. DECHAUME -
 H. GAILLARD - F. DE GAUDARD D'ALLAINES - L. DE GENNES - A. GIROUD - R. HAZARD -
 G. HEUYER - M. LACOMME - M. LAMY - G. LAROCHE - M. LELONG - Melle J. LEVY -
 MM. E. LEVY-SOLAL - C. LIAN - R. MADURO - G. MARCHAL - P. MATHIEU - R. MONOD -
 R. MOREAU - P. MOULONGUET - PASTEUR VALLERY-NADOT - D. PETIT-DUTAILLIS -
 R. PIEDELIEVRE - J. QUENU - G. RENARD - J. SENEQUE - A. STROHL - L. TANON -
 R. TURPIN - J. VERNE.

DOYEN Georges BROUET.

1er ASSESSEUR Daniel BARGETON.

2ème ASSESSEUR Jean GOSSET.

A- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

Anatomie	MM.	DELMAS A.
Anatomie		HUARD P.
à titre personnel		CABROL Ch.
à titre personnel		OLIVIER G.
Anatomie et Cytologie pathologiques		DELARUE J.
à titre personnel		NEZELOF Ch.
à titre personnel		ORCEL L.
Biochimie médicale		JAYLE M.F.
Biochimie médicale		DESGREZ P.
Biochimie médicale		POLONOVSKI J.
Chimie Pathologique		SCHARIRA G.
à titre personnel		CARTIER P.
à titre personnel		DREYFUS J. Cl.
Biologie médicale (à titre personnel)		BOURLIERE F.
Biologie médicale (à titre personnel)		HARTMANN L.
Biophysique médicale		BUGNARD L.
Biophysique médicale		DJOURNO A.
Biophysique médicale		DOGNON A.
à titre personnel		GOUGEROT L.
à titre personnel		KELLERSHOHN L.
à titre personnel		ROUCAYROL J. Cl.
Cancérologie expérimentale		MATHE G.
Génétique fondamentale		LEJEUNE J.
Histologie et Embryologie		COUJARD R.
Histologie et Embryologie		TUCHMANN-DUPLESSIS H.
à titre personnel		RACADOT J.
Microbiologie		FASQUELLE R.
Bactériologie et Virologie		TOURNIER P.
à titre personnel		BARBIER P.
Parasitologie		LARIVIERE M.
Pathologie expérimentale comparée		MERKLEN F.-P.
à titre personnel		LOEPER J.
Pharmacologie		BOISSIER J.-R.
Pharmacologie		LECHAT P.

Physiologie	MM.	BARJETON D.
Physiologie		MALMEJAC J.
Physiologie		PARROT J.
à titre personnel		DIJOURS P.
Physiologie et biologie appliquée aux sports		SCHERRER J.

B - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1 MÉDECINE

Biologie médicale	FAUVERT R.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	COURY Ch.
Hygiène et Médecine préventive	BOYER J.
Médecine du travail	DESOILLE H.
Pathologie exotique	BRUMPT L.-C.
Pathologie médicale	BUGE A.
Pathologie médicale	BRICAIRE H.
Pathologie médicale	CORNET A.
Pathologie médicale	HOUSSET E.
Pathologie médicale	LAROCHE Cl.
à titre personnel	AZERAD E.
à titre personnel	BOUR H.
à titre personnel	BROCARD H.
à titre personnel	CAROLI J.
à titre personnel	FACQUET J.
à titre personnel	LAMBLING A.
à titre personnel	LAUNAY Cl.
à titre personnel	PAYET M.
à titre personnel	PERRAULT M.
à titre personnel	SIGUIER F.
à titre personnel	WORMS R.
à titre personnel	BOUVIER J.
Pathologie respiratoire	TURIAF J.
Pathologie et Thérapeutiques générales	MAURICE P.
Thérapeutique	LAMOTTE M.
Thérapeutique appliquée	MARCHE J.

CHAIRES DE CLINIQUES :

Clinique cardiologique (Boucicaut)	LENEGRE J.
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE P.
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT F.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS R.
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT J.
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET P.
à titre personnel	BASTIN R.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY J.
à titre personnel (Neuro-psychiatrie)	PICHOT P.
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE P.
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN R.
à titre personnel	LHERMITTE F.

Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MM.	MICHAUX L.
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD J.
à titre personnel (hématologie)		ANDRE R.
à titre personnel (hématologie)		BOUSSER J.
à titre personnel (hématologie)		DREYFUS B.
Bicêtre		DEPARIS M.
Broussais		MILLIEZ P.
Cliniques Cochin		PEQUIGNOT R.
Hôtel-Dieu		BARIETY M.
Médicales Pitié		DREYFUS G.
Saint-Antoine		BOUDIN G.
Saint-Antoine		CONTE M.
Saint-Antoine		KOURILSKI R.
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		JUSTIN-BESANCON L.
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		LEMAIRE A.
Clinique et séméiologie médicales (Antoine-Chantin)		DOMART A.
Séméiologie médicale (Lariboisière)		BOUVRAIN Y.
Séméiologie médicale (Pitié)		RAMBERT P.
Séméiologie médicale (Rothschild)		WOLFROMM R.
Clinique d'Hydrologie et de Climatologie (Bichat)		DEBRAY Ch.
à titre personnel		GIBERTON A.
Clinique Médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)		DEROT M.
Clinique néphrologique (Nécker)		HAMBURGER J.
à titre personnel		RICHEL G.
à titre personnel		CROSNIER J.
Clinique de Génétique médicale (Enfants malades)		ROYER P.
Clinique des maladies des enfants (Enfants malades)		MOZZICONACCI P.
Clinique médicale infantile et de pédiatrie sociale (Enfants malades)		MARIE J.
Clinique de pédiatrie (Trousseau)		BRISAUD H.
à titre personnel		LESOBRE R.
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		THIEFFRY S.
Hygiène et Clinique de la première enfance (Trousseau)		LAPLANE R.
à titre personnel		OLONOVSKI Cl.
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BROUET G.
à titre personnel		KREIS B.
à titre personnel		MEYER A.
Clinique de rééducation motrice		GROSSIORD A.
Electroradiologie		LEDoux-LEBARD M.
Electroradiologie		LEFEBVRE J.
Radiologie médicale		DESGREZ H.
à titre personnel		FISCHGOLD H.
à titre personnel		TUBIANA M.
à titre personnel		CHERIGIE E.
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		DELBARRE F.
Clinique rhumatologique (Lariboisière)		SEZE S. de
Clinique toxicologique (Fernand-Widal)		GAULTIER M.

2 CHIRURGIE

Anesthésiologie	MM.	VOURC'H G.
Pathologie chirurgicale		LAURENCE G.
Pathologie chirurgicale		KUSS R.
Pathologie chirurgicale		N...
à titre personnel		RAMADIER J.
Physiologie et pathologie obstétricales		MORIN P.
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale		MONSAINGEON A.

CHAIRES DE CLINIQUES

Clinique carcinologique (Gustave-Roussy)		DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON H.
à titre personnel		BREHANT J.
Beaujon		LORTAT-JACOB J. L.
Beaujon		BAUMANN J.
Cochin		LEGER L.
Hôtel-Dieu		PATEL J.
Saint-Antoine		GOSSET J.
Salpêtrière		SICARD A.
Tenon		OLIVIER Cl.
Cliniques chirurgicales		
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		ROUX M.
Séméiologie et Clinique chirurgicales (Broussais)		POILLEUX F.
Séméiologie et Clinique chirurgicales (Saint-Louis)		DEBEYRE J.
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE D'AUBIGNE R.
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Foch)		PADOVANI P.
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Beaujon)		CAUCHOIX J.
Clinique traumatologique et orthopédique (Raymond-Poincaré)		JUDET R.
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants malades)		FEVRE M.
à titre personnel		CHIGOT P.-L.
Clinique de chirurgie Cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST Ch.
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY J.
à titre personnel		GAUDART D'ALLAINES Cl.
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER J.
Clinique obstétricale (Baudelocque)		LEPAGE F.
Clinique obstétricale (Saint-Antoine)		MERGER R.
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		VARANGOT J.
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		DAVID M.
à titre personnel		LEBEAU J.
Clinique ophtalmologique (Cochin)		BREGEAT P.
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		OFFRET G.
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		AUBRY M.
Clinique stomatologique (Salpêtrière)		CERNEA P.
Clinique urologique (Cochin)		ABOULKER P.
Clinique urologique (Necker)		COUVELAIRE R.

C-PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	MM.	GILLOT Cl.
Anatomie pathologique		GOUYGOU Ch.
Bactériologie		CHRISTOL D.
Bactériologie		LE MINOR L.
Biochimie médicale		CARTIER P.
Biochimie médicale		GONNARD P.
Biochimie médicale		NORDMANN J.
Chirurgie		CERBONNET G.
Hématologie		BESSIS M.
Hématologie		BILSKI-PASQUIER G.
Hygiène		BLANCHER G.
Hygiène		CORRE-HURST Mme L.
Médecine légale		CECCAL P.
Médecine légale		HADENGUE A.
Médecine légale		FOURNIER E.
Médecine générale		AUSSANNAIRE M.
Maladies infectieuses		DUPONT V.
Neuro-psychiatrie		TARDIEU G.
Pédiatrie		ROSSIER A.
Physique médicale		COURSAGET J.
Physique médicale		GREMY F.
Physique médicale		PELLERIN P.
Physique médicale		DURAND J.
Physiologie		GIRARD Fr.
Physiologie		HUGELIN A.
Stomatologie		CHAPUT Mme A.
Pharmacologie		SCHMITT H.

D-PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Pathologie chirurgicale	RUDLER J. - Pr. s. ch.
-------------------------------	------------------------

E-PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD R.
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ D.
Néphrologie	MAXWELL M.



Secrétaire général de la Faculté	M. LENA J.
Conseiller administratif	Melle CHANTREUIL G.
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN A.
Conservateur	Mme FORGET F.
Conservateur	Melle DUMAITRE P.
Conservateur	Melle LAURENT H.
Conservateur	Melle LE NOIR G.
Bibliothécaire	Mme CONTET J.
Bibliothécaire	Melle DUROZOY M.-F.
Bibliothécaire	Melle ROBERGE D.
Bibliothécaire	Melle LE QUANG LINH G.
Bibliothécaire	Melle REUGE M.



INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer un cas d'invagination jéuno-gastrique aiguë après gastro-entérostomie, nous avons essayé, en étudiant les cas publiés, de préciser les caractères anato-chimiques de cette complication de la chirurgie gastrique pour les raisons suivantes :

- 1°) Cette complication semble très rare, moins de 150 cas retrouvés dans la littérature.
- 2°) Il importe cependant de la bien connaître afin d'intervenir le plus rapidement possible, la mortalité restant très lourde.
- 3°) Elle peut être précoce, dès les premiers jours après l'intervention ; elle est susceptible de se manifester tardivement, à une période où l'on croit passé depuis longtemps le cap des perturbations mécanique d'origine opératoire.
- 4°) L'origine de cet accident pose encore des problèmes : Devons-nous incriminer la large anastomose gastro-jéjunale de Polya plutôt que tout autre technique réduisant la bouche anastomotique à une portion de la section gastrique ? L'oedème de la bouche anastomotique associé au péristaltisme est peut-être un élément favorisant.
- 5°) L'intensité et la gravité des signes cliniques dans les formes aiguës, opposées aux manifestations moins bruyantes des formes chroniques.

La multiplicité des diagnostics différentiels, la difficulté à faire un diagnostic clinique d'invagination, l'importance à ce que celui-ci soit fait rapidement, montrent la nécessité de bien connaître cette complication de la chirurgie gastrique.



HISTORIQUE

La première invagination jéuno-gastrique après gastro-entérostomie a été rapportée par WOLFLER en 1881. A partir de cette date, nous ne trouvons plus d'autres cas jusqu'à BOZZI, en 1914 et STEBER en 1917.

En 1922, LUNDBERG décrit le premier cas après gastrectomie.

En 1923, DRUMMOND recueille 14 observations.

En 1924, VON BRUNN publie la première étude radiologique.

En 1932, CHARRIER rapporte le premier cas diagnostiqué radiologiquement en FRANCE.

En 1937, ADAMS et GREENWOOD mentionnent 37 cas.

Depuis, ce sujet fut discuté par une série d'auteurs :

- ALEMAN, en 1948, compte 70 cas dont 5 après gastrectomie.
- En France, MARION et SAUTOT en 1948, DAVIN en 1950 publient chacun 1 observation.
- PALMER, en 1954, publie 79 articles ayant trait à ce sujet, suivis en 1955 par 19 articles supplémentaires et 2 cas personnels rapportés par CAUDELL et LEE.

SMITH, toujours en 1955, signale 17 cas après gastrectomie dont 1 personnel.

C'est également en 1955 que IRONS et LIPIN décrivent le premier cas après gastro-entérostomie avec section du vague.

En 1957, FOSTER ajoute 2 observations personnelles.

En 1959, 1 cas est publié en ROUMANIE par MIHAILESCU et POPP.

En 1963, BOUCHIT et collaborateurs observent un nouveau cas.

En 1964, WEISS compte plus de cent observations d'invagination jejuno-gastrique.

Quoique cette complication apparaisse plus souvent dans la littérature internationale des dernières années, elle reste encore très rare.



OBSERVATION

Monsieur R. M., âgé de 62 ans, est hospitalisé d'urgence le 30 Juin 1968 à 10 heures, pour une hématomèse abondante survenue à 8 heures. Elle a été précédée par une violente douleur épigastrique. Depuis, persiste un fond douloureux sur lequel se greffent des paroxysmes.

L'EXAMEN REVELE :

- un ventre douloureux dans son ensemble, avec défense épigastrique,
- une T. A. à 8, 5,
- un pouls à 100,
- l'état général est mauvais, respiration rapide, cyanose périphérique.

L'INTERROGATOIRE REVELE :

- Une gastro-entérostomie pour ulcus duodénal en 1943. Depuis cette période, le malade n'a plus jamais consulté. Il se déclare satisfait du résultat de l'intervention. Par ailleurs, on note une altération de l'état général depuis 2 ans, avec amaigrissement de 10 kgs.

- Sur le plan biologique : la première formule est paradoxalement normale, 5 millions de G.R. ; hémato-crite : 48 %. Cependant, la réalité de l'hématomèse ne peut être mise en doute et son abondance constatée par le Médecin traitant (500 cc environ). L'azotémie est à 1 gr. 35 ; les autres examens sont normaux.

- Sur le plan général : une sclérose pulmonaire sévère ; à l'électrocardiogramme, une hypertrophie ventriculaire droite.

TRAITEMENT D'URGENCE :

- transfusion,
- perfusion de glucosé hypertonique et des hémostatiques usuels,
- mise en place d'une sonde gastrique pour surveiller l'évolution.

EVOLUTION :

A 14 heures, nouvelle hématomèse de sang noir : 500 cc environ.

On décide alors de faire un transit gastro-duodénal en urgence sous couvert d'une nouvelle transfusion qui est poursuivie pendant l'examen radiologique.

Les radios montrent une volumineuse lacune polycyclique ; la baryte paraît filtrer dans un défilé sinueux entre la grosse tubérosité et l'antrum prépylorique (fig. 1).

Il faut bien reconnaître que ces images associées à la baisse de l'état général et à l'amaigrissement, nous ont fait penser à une gigantesque tumeur gastrique, Schwannome ou autre, plutôt qu'à une invagination. Une nouvelle hématomèse s'étant produite à 20 heures, on décide d'intervenir immédiatement.

1. INTERVENTION : Dr. D. JOUYE - Dr. EL AYOUNI - Dr. RENN - Dr. CHAMAYOUN (fig. 2 et 3,

Pratiquée sous anesthésie générale.

Laparotomie médiane ombilicale .

La palpation de l'estomac révèle une masse mollassse mobile dans la cavité gastrique. En relevant le colon transverse, on prend connaissance de l'invagination rétrograde du jéjunum. On essaie de réduire en associant des manœuvres d'expression gastrique à une traction modérée sur le jéjunum. En fait, il sera nécessaire de faire une large gastrotomie pour réduire sans risque.

La longueur de l'anses invaginée est de un mètre environ. Elle reprend vite un aspect satisfaisant après saccalisation du mésentère et enveloppement par des champs chauds.

L'exploration est poursuivie à la recherche de l'ulcère ancien qui a motivé l'intervention de 1943. Celui-ci est cicatrisé. On vérifie le montage qui est correct, l'anastomose est isopéristaltique, très proche de l'angle duodéno-jéjunal.

Dans ces conditions et chez ce malade très fatigué, nous ne nous sommes pas crus autorisés à faire une gastrectomie.

Fermeture de la gastrotomie.

En vue de prévenir une récurrence et pensant aux procédés utilisés dans l'invagination iléo-cœcale, nous avons fixé l'anse efférente de gauche à droite à la face inférieure du mésentère transverse et avons pratiqué un noble partiel (trois premières anses).

Fermeture de la paroi en un plan.

Suites opératoires satisfaisantes au début.

Reprise du travail au 3ème jour ce qui permet de supprimer l'aspiration gastrique.

Baisse progressive de l'azotémie, cependant le malade reste très fatigué. Les problèmes cardiaques et pulmonaires vont prendre le dessus, et alors que l'état digestif est convenable, on va voir s'installer un tableau d'insuffisance cardiaque droite qui entraîne une mort subite le 26 Juillet 1962, soit 3 semaines après l'intervention.





figure 1.

TRANSIT GASTRO DUODENAL
Fait en urgence à 15 heures.



figure 2.

Boudin d'invagination
rétrograde du jéjunum.

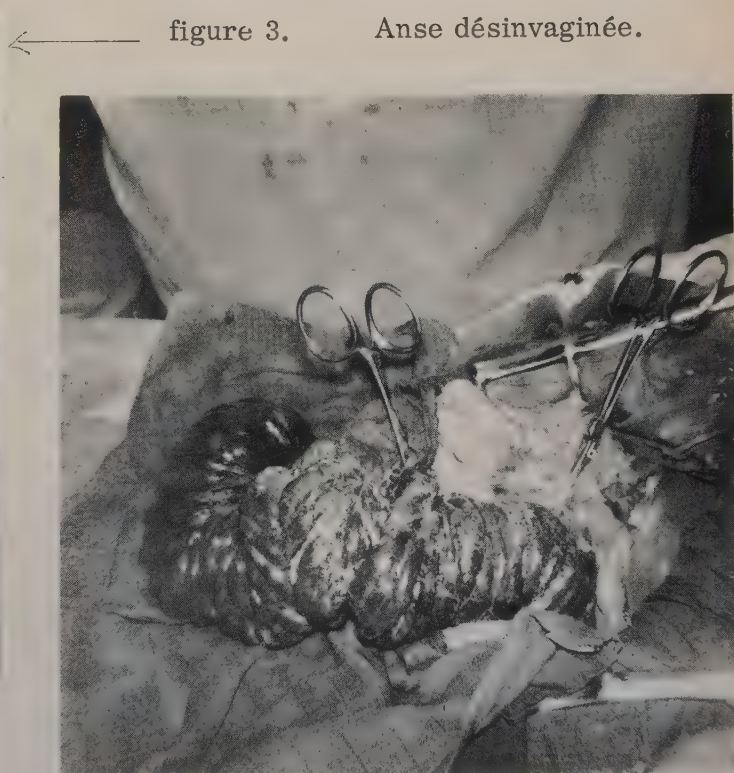


figure 3. Anse désinvaginée.

ÉTUDE CLINIQUE

Les observations d'invagination jéjuno-gastriques après gastro-entérostomie sont plus nombreuses que celles concernant les invaginations survenant après gastrectomie.

Date d'apparition

La date d'apparition de l'invagination est extrêmement variable :

- Elle peut se déclencher dès les premiers jours post-opératoires. GOMBKOTO (48) relate une observation dans laquelle l'invagination s'est produite au 2ème jour après une gastrectomie type BILROTH II avec gastro-jéjunostomie rétrocolique postérieure. Dans le cas de BOUCHIT (14), l'invagination est survenue au 6ème jour après une gastrectomie type POLYA.

- Elle peut être tardive après un calme complet de plusieurs années ; 3 ans dans l'observation de GRIMES (49), 15 ans dans celle de FAGARASANU (41) ; 23 ans dans notre cas, 30 ans dans un cas de COATES (122).

Cet accident survient en moyenne entre 5 et 10 ans après l'intervention ; cependant il faut admettre qu'il peut se produire à n'importe quel moment dans les suites d'une intervention gastrique, mais plus habituellement à distance de celle-ci.

Différentes formes cliniques

La plupart des auteurs distinguent deux aspects cliniques, l'un aigu et l'autre chronique. Les deux formes peuvent s'inbriquer ou se succéder.

a) Formes aiguës .

En règle, l'invagination jéjuno-gastrique aiguë se manifeste d'une façon brutale. Les signes digestifs qui peuvent précéder sont peu évocateurs et se fondent dans un tableau de dyspepsie fréquente chez les gastrectomisés. Elle s'exprime cliniquement par :

- Des DOULEURS VIOLENTES, d'apparition brutale, siégeant dans la région épigastrique, parfois un peu à gauche de la ligne médiane, sans irradiation, à type de coliques avec paroxysmes douloureux. Ces douleurs évoluent par crises séparées par des périodes de calme.

- Des VOMISSEMENTS intenses, accompagnent les crises douloureuses, cédant avec elles, abondants, d'abord alimentaires puis bilieux, très précocement teintés de sang.

Certains auteurs distinguent suivant le caractère des vomissements, l'invagination de l'anse afférente qui s'accompagne de vomissements bilieux et l'invagination de l'anse efférente dont les vomissements seraient surtout alimentaires.

- Des HEMATEMESES, fréquentes, soit discrètes, simples vomissements sanglants, soit massives et franches comme ce fut le cas pour notre malade.

Notons que douleurs et vomissements sanguinolents sont les deux seuls signes cliniques constants que l'on retrouve dans toutes les observations d'invagination aiguë. L'intensité des phénomènes dépend, selon FAGARASANU, du degré de strangulation que déterminent la bouche d'anastomose et la longueur de l'anse invaginée.

L'EXAMEN PHYSIQUE

L'EXAMEN PHYSIQUE est souvent négatif, le ballonnement est discret, limité à la moitié supérieure de l'abdomen, surtout dans sa partie gauche ; à ce niveau on retrouve souvent une défense pariétale à travers laquelle on palpe parfois une masse douloureuse, arrondie, rénitente qui correspond au boudin d'invagination.

L'ÉTAT GENERAL, se dégrade rapidement, il s'installe un état de choc important avec pouls rapide, effondrement de la tension artérielle, cyanose périphérique, respiration rapide et déshydratation marquée due aux vomissements.

Aucun des signes cliniques de l'invagination aiguë jéjuno gastrique n'est pathognomonique. Il faut donc de toute nécessité et rapidement, avoir recours aux examens complémentaires et en particulier à l'examen radiologique.

b) Formes chroniques .

Dans ces formes, il existe également des douleurs épigastriques, survenant souvent après les repas, à type de crampes ou de brûlures, s'accompagnant d'une sensation de tension épigastrique, de plénitude, évoluant sur un mode paroxystique, avec parfois à l'acmé de la douleur une tuméfaction palpable au creux épigastrique.

Cette douleur s'accompagne ou non de vomissements glaireux ou bilieux évoluant sur le même mode paroxystique.

Le diagnostic d'invagination peut être soupçonné devant cette tuméfaction intermittente chez un ancien gastrectomisé ou gastro-entérostomisé.

Le plus souvent le diagnostic est une découverte radiologique chez un sujet qui a des suites difficiles après une intervention pour ulcus.

Examen radiologique

Absolument caractéristique et indispensable, est l'examen radiologique dans cette affection tellement rare qu'elle peut être confondue avec beaucoup de syndromes aigus de l'étage abdominal supérieur. De fait, tous les auteurs soulignent que le diagnostic pré-opératoire a été fort rarement précisé.

L'aspect radiologique de l'invagination jéuno-gastrique est connu depuis assez longtemps. Il a fait l'objet d'une description par LEDOUX-LEBARD et GARCIA-CALDERON (68) dès 1933.

L'aspect radiologique est pathognomonique : il est représenté par une lacune intragastrique striée. Les striations correspondent aux plis, plus ou moins parallèles, de la muqueuse jéjunale invaginée.

Nous pensons que la gastroscopie serait un examen utile pour préciser le diagnostic.

Diagnostic différentiel

Quelle que soit sa variété aiguë ou chronique, l'invagination a pour effet d'obstruer plus ou moins complètement la lumière de la bouche. C'est à dire qu'elle vient s'ajouter aux causes multiples de gêne ou d'interruption totale du transit gastro-duodénal.

a) Le diagnostic d'invagination jéuno-gastrique aiguë se pose essentiellement avec tous les syndromes douloureux de l'abdomen, en rapport ou non avec une opération sur l'estomac.

1°) Occlusion intestinale haute.

Cliniquement, l'occlusion haute est caractérisée par un début brutal, avec des douleurs violentes exagérées par des paroxysmes, séparées par des intervalles plus calmes.

Les vomissements alimentaires puis bilieux sont précoces.

L'état général est rapidement altéré, l'oligurie est précoce.

L'arrêt des matières et des gaz est incomplet au début.

Rien dans ce tableau ne permet de différencier occlusion et invagination. L'examen radiologique lèvera facilement le doute. La radiographie de l'abdomen sans préparation montrera dans le premier cas des images hydro-aériques nombreuses dites "en tuyaux d'orgue", alors que dans le second cas elle ne montrera qu'un seul gros niveau hydro-aérique. L'absorption de baryte, en soulignant le siège exacte de l'occlusion, apportera la clé du diagnostic.

2°) Perforation d'ulcère peptique.

Quand il se perfore, l'ulcère peptique donne un syndrome analogue à l'invagination aiguë.

Il est caractérisé par des douleurs violentes, des vomissements, une contracture épigastrique (mais les hématémèses sont rares). En même temps, existe un état de choc important.

Le diagnostic différentiel avec l'invagination sera basé sur les résultats de l'examen clinique et de l'examen radiologique de l'abdomen sans préparation.

L'examen clinique montrera, dans le cas d'une invagination, non une contracture, mais une simple défense de la région épigastrique. D'autre part, les vomissements seront très abondants.

L'examen radiologique révélera dans la perforation la présence d'un croissant gazeux sous-diaphragmatique et son absence dans l'invagination. Cependant, si le malade est vu tardivement, une perforation pourra s'être produite.

3°) *Pancréatite aiguë.*

Le diagnostic entre pancréatite aiguë et invagination jéuno-gastrique aiguë est difficile.

Dans les deux cas nous retrouvons une douleur violente, post-prandiale le plus souvent, avec atteinte rapide de l'état général, accompagnée de vomissements alimentaires, puis bilieux abondants, et survenant sans grands efforts (MONDOR) (44).

Une amylasurie élevée peut se rencontrer également dans les invaginations aiguës. Toutefois, devant un chiffre très élevé on pensera plutôt à une pancréatite.

Quelques signes cliniques permettent cependant de différencier les deux affections. La douleur des pancréatites aiguës irradie dans toutes les directions et essentiellement dans le dos entre les épaules, alors qu'il n'y a pas d'irradiation dans les invaginations.

Les vomissements souvent sanglants dans les invaginations ne le sont pas dans les pancréatites.

Malgré ces quelques signes cliniques différentiels, c'est l'examen radiologique qui permettra de préciser le diagnostic.

4°) *L'infarctus intestinal.*

Le début de l'infarctus intestinal est brutal, marqué par une douleur atroce siégeant dans la région péri-ombilicale, irradiant vers les lombes, le thorax, les épaules. Cette douleur est persistante sans rémission ni paroxysme.

Les vomissements constants sont précoces et abondants, alimentaires puis bilieux, tardivement fécaloïdes. Fréquemment l'arrêt des matières et des gaz est remplacé par une diarrhée profuse.

L'état général se dégrade rapidement. L'examen physique révèle un ventre souple avec, parfois, la perception d'une tuméfaction profonde, mate à la percussion.

L'examen radiographique de l'abdomen sans préparation montre l'aspect figé d'une anse grêle.

Le diagnostic avec l'invagination se fera sur :

- le caractère paroxystique de la douleur de l'invagination aiguë,
- l'existence de rémissions de la douleur,
- l'absence constante de diarrhée dans l'invagination,
- le siège différent de la tuméfaction que l'on peut rencontrer dans les deux cas : péri-ombilicale ou abdominale dans l'infarctus, sous les fausses côtes gauches quand elle est trouvée dans l'invagination.

Les diagnostics différentiels précédents seront les plus souvent évoqués et ce n'est que rarement qu'une invagination pourra prêter à confusion avec des coliques hépatiques ou néphrétiques.

La notion d'antécédents lithiasiques, les caractères de la douleur, sa localisation, ses irradiations, l'atteinte moins marquée de l'état général, enfin l'examen radiologique feront porter à coup sûr le diagnostic de coliques hépatiques ou néphrétiques.

Il est, par contre, deux diagnostics différentiels difficiles si l'invagination est précoce après l'intervention, ce sont :

- la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac,
- la sténose inflammatoire précoce de la bouche.

A/ - Dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac.

Cette complication, due la plupart du temps à un oedème de la bouche, apparaît dès les premiers jours qui suivent l'intervention.

Le début est brutal, marqué par des douleurs épigastriques violentes, bientôt suivies de vomissements très abondants.

L'installation d'un choc important est rapide. La tension artérielle s'effondre, la température s'élève, un hoquet apparaît, une oligurie s'installe.

A l'examen, on trouve un météorisme épigastrique rapidement généralisé à tout l'abdomen, sans contracture musculaire.

L'examen radiologique montre un très large niveau hydro-aérique gastrique.

Cliniquement et radiologiquement, invagination et dilatation se ressemblent donc. Cependant le diagnostic avec l'invagination se fera sur :

- le début un peu plus tardif de l'invagination,
- les vomissements, sanglants le plus souvent,
- la température normale,
- l'examen radiologique après absorption de baryte qui ne retrouve pas l'image d'amputation dans la dilatation aiguë post-opératoire.

B/ - Sténose inflammatoire précoce de la bouche.

Le début de la sténose inflammatoire est marqué par l'apparition de douleurs violentes et de vomissements à chaque prise d'aliments ou de liquides, avec atteinte de l'état général.

Cependant la sténose inflammatoire de la bouche apparaît très tôt après la gastrectomie ; l'état général dans ce cas est moins touché ; enfin les douleurs n'apparaissent que lors de l'absorption de liquides pour céder après un vomissement.

L'examen radiologique, enfin, ne donne pas l'image caractéristique que l'on retrouve dans les invaginations.

Enfin un dernier diagnostic différentiel doit être évoqué dans ce chapitre, ce sont :

Les incarcérations d'anses rétro-anastomotiques.

Elles surviennent des années après une gastro-entérostomie, réalisant un tableau d'occlusion haute : douleurs violentes, spasmodiques, accompagnées de vomissements et d'un état de choc alarmanant. L'examen physique révèle une sensibilité épigastrique sans ballonnement.

Si les signes cliniques sont très proches de ceux donnés par l'invagination aiguë, la radiographie éliminera cette dernière en montrant plusieurs niveaux liquides dans la partie initiale du grêle.

Nous voyons donc la difficulté à faire un diagnostic clinique d'invagination jéjunogastrique aiguë et la nécessité qu'il y a à pratiquer un examen radiologique systématique chez tout gastrectomisé ou gastro-entérostomisé qui souffre.

b) Le diagnostic d'invagination jéuno-gastrique chronique se pose avec tous les troubles digestifs provoqués par la chirurgie gastrique.

Ces troubles succédant à une gastrectomie ou à une gastro-entérostomie sont nombreux et fréquents.

GIRARD (47) en distingue quatre types :

- Les troubles fonctionnels, avec le dumping syndrome et les manifestations hypoglycémiques.
- Les brûlures gastriques, relevant de gastrite, stomite, jéjunite.
- Les douleurs épigastriques qui ont pour cause l'ulcère récidivant post-opératoire, le syndrome de l'anse afférente, les invaginations jéuno-gastriques.
- Les troubles digestifs sans rapport avec l'intervention : syndrome diarrhéique, cancer du moignon gastrique, affection des voies biliaires méconnue avant la gastrectomie.

Nous allons rappeler brièvement la symptomatologie des complications entraînant des symptômes proches de ceux donnés par l'invagination jéuno-gastrique chronique.

1°) Dumping syndrome.

Les crises apparaissent aussitôt après le repas, elles sont faites de douleurs épigastriques et coliques, de vomissements bilieux, de diarrhée et de troubles vaso-moteurs : baillements, somnolence, sueurs froides, vertiges... Mais ces crises cèdent rapidement en décubitus dorsal, obligeant le malade à s'allonger après chaque repas.

2°) Syndrome du petit estomac.

Il se traduit par une plénitude gastrique, des douleurs épigastriques plus ou moins vives, une somnolence post-prandiales.

Ces deux syndromes disparaissent en dix huit mois à deux ans.

3°) Manifestations hypoglycémiques.

Elles surviennent en moyenne trois à quatre mois après l'intervention. Il s'agit d'un malaise hypoglycémique typique apparaissant trois à quatre heures après un repas jusqu'alors bien toléré.

4°) Gastrite.

Les manifestations de l'inflammation du moignon gastrique se font sentir dans les mois qui suivent une intervention gastrique. Il s'agit de crampes ou de brûlures post-prandiales, accompagnées de vomissements glaireux ou bilieux.

Le transit gastro-duodéal montre un jéjunum normal et un oedème important des plis gastriques.

5°) Stomite.

Elle correspond à l'inflammation de la bouche anastomotique et se manifeste également par des brûlures post-prandiales.

6°) Jéjunite.

Ou inflammation de l'anse efférente, présente dans les ulcères peptiques, elle peut annoncer leur venue.

Notons que le diagnostic de ces trois dernières affections repose en grande partie sur la gastroscopie.

7°) Ulcère récidivant.

C'est un ulcère développé sur l'anastomose ou sur le jéjunum au décours d'une gastro-entéro-anastomose ou d'une gastrectomie.

Il se caractérise par l'apparition, quelques années après l'intervention, de douleurs épigastriques intenses, à type de crampes, post-prandiales tardives et d'hémorragies occultes ou patentes (hématémèse - melaena).

La radiographie montre une niche unique soit sur la bouche anastomotique, soit sur l'anse efférente, avec convergence des plis et lésions de jéjunite.

8°) Syndrome de l'anse afférente.

Depuis l'intervention existent une sensation de pesanteur sous hépatique et des douleurs épigastriques survenant trente minutes à une heure après le repas. Ces douleurs deviennent rapidement intolérables et sont soulagées en quelques secondes par des vomissements bilieux abondants. Il est difficile de faire un diagnostic radiologique, la baryte ne refluant théoriquement pas dans l'anse pour la dessiner.

9°) Incarcérations d'anses rétro-anastomotiques.

Nous avons vu précédemment qu'elles peuvent simuler une invagination aiguë, mais il existe également un tableau chronique fait de douleurs intermittentes à types de crampes épigastriques, de nausées voire de vomissements.

10°) Ulcère peptique (LOYGUE).

Il survient plus fréquemment après les gastro-entérostomies.

Les manifestations cliniques de l'ulcère peptique post-opératoires surviennent dans l'année qui suit l'intervention pour ulcère duodéal.

Cependant on retrouve, par l'interrogatoire, des suites post-opératoires immédiates troubles par des régurgitations ou des vomissements bilieux, une pesanteur, une gêne épigastrique, des douleurs persistantes. Progressivement, ces troubles évoluent vers le tableau typique de l'ulcus peptique constitué par :

- Des douleurs épigastriques, maximum à gauche, très violentes obligeant le malade à se tordre, non calmées par la prise d'aliments ou d'alcalins, mais conservant une périodicité nette dans l'année.

- Des hémorragies fréquentes, occultes ou massives.

- Des vomissements, symptôme rare.

L'état général s'altère facilement.

Amaigrissement, anémie, asthénie, fébricule fréquent.

L'examen physique est pauvre, toutefois la palpation réveille une douleur soit sur la ligne médiane, soit plus à gauche, basse le plus souvent ; enfin, assez souvent également, la palpation donne dans la région ombilicale, la sensation d'une tumeur mal limitée et douloureuse.

L'examen radiologique, de lecture délicate montre une niche siégeant sur l'anse jéjunale efférente en aval de l'anastomose.

L'invagination jéuno-gastrique chronique, variée dans sa symptomatologie peut simuler toutes ces complications et le plus souvent le diagnostic est une découverte radiologique chez un sujet qui a des suites difficiles après une intervention pour ulcus.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les données anatomo-pathologiques sont fournies : d'une part par les interventions et d'autre part par les examens gastroscopiques.

- Les interventions, dans les observations que nous avons consultées ainsi que celle concernant notre cas, montrent un estomac ou un moignon gastrique dilaté, dans lequel il est possible de palper une masse plus ou moins volumineuse, de consistance molle ou élastique. Cette masse correspond à l'intestin grêle invaginé.

Les dimensions de cette invagination sont variables : 25 cm dans l'observation de MAC NAMARA (78), 40 cm dans celle de PUECH LEAO (96) et un mètre chez notre patient.

Dans tous les cas, il s'agissait d'une invagination de l'anse efférente.

La partie invaginée présente un aspect normal si l'intervention est pratiquée peu de temps après le début de l'accident aigu, elle est, au contraire, théoriquement oedématisée et sphacélée si on intervient plus tardivement, en fait la gangrène de l'anse invaginée est rare.

La bouche gastrique ne montre rien de particulier.

- La gastroscopie n'a été pratiquée, d'après nos recherches, que dans les invaginations chroniques, l'état du malade dans les invaginations aiguës ne permettant pas un tel examen.

MOUTIER, CORNET et FAROUK SUKAN (87) qui ont pratiqué cet examen nous rapportent les constatations suivantes :

- Le premier signe rencontré est une intolérance à l'insufflation gastrique traduisant la souffrance de l'estomac.

- Le second signe donné par la gastroscopie est la régurgitation qui se fait soit par l'anse efférente, soit le plus souvent par l'anse afférente. La branche invaginée présente le plus souvent un orifice petit et peu perméable ; la branche opposée, par contre est béante.

- Enfin, troisièmement, ils retrouvent une gastrite érythémato-pultacée ou oedémateuse, entourée d'un bourrelet rouge violacé. La muqueuse jéjunale est elle-même oedématisée, présentant un aspect en "choux fleurs".

Parfois, sous l'influence de la pression intra-gastrique, ces auteurs ont vu l'invagination se réduire spontanément pour se reproduire dès que la pression intra-gastrique cesse ou sous l'influence de nausées ou d'éruptions.

La plupart des auteurs - ALEMAN (2), HERTZBERG, VESTEBY (55) - décrivent trois variétés anatomiques à l'invagination jéuno-gastrique après gastro-entérostomie, auxquelles WISOFF (123) ajoute une quatrième variété.

- Invagination de l'anse efférente, dite descendante ou antérograde, représentant 10 pour 100 des cas (fig. 4).

- Invagination de l'anse efférente distale ascendante ou rétrograde, représentant 70 pour 100 des cas (fig. 5).

- Invagination combinée des 2 anses afférente et efférente, représentant 15 pour 100 des cas (fig. 6).

- Invagination sur gastrectomie partielle (fig. 7).

Enfin, les auteurs ont constaté qu'il s'agissait toujours de l'anse efférente dans les invaginations après gastrectomie partielle et tantôt de l'anse afférente, tantôt de l'anse efférente dans les invaginations après gastro-entérostomie.



Fig. 4

Invagination de
l'anse afférente.



Fig. 5

Invagination de
l'anse efférente.

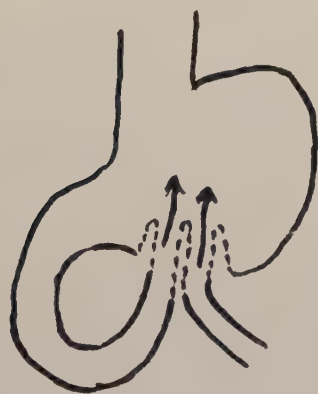


Fig. 6

Invagination
combinée.



Fig. 7

Invagination sur
gastrectomie partielle.

RECHERCHES ÉTIO PATHOGÉNIQUES

L'origine de tels accidents pose encore de nombreux problèmes. En fait, il revient à se demander pourquoi une anastomose gastro-jéjunale, quel qu'en soit le type, exécutée correctement, placée au bon endroit, de dimensions voulues, suturée avec soin et qui fonctionne habituellement, ne fonctionne plus dans certains cas.

Pour nous aider à répondre à cette question, représentons-nous ce qui se passe après l'intervention. Il est certain que les organes ne restent ni dans l'état, ni dans la position où le chirurgien les a laissés. Il se produit un oedème, des réactions de voisinage, des changements de place et d'orientation des sutures. L'anastomose a tendance à ascensionner, à se plicaturer, entraînée par les mouvements péristaltiques du grêle.

Le mésocolon lui-même est mobile, si bien que l'anastomose sollicitée par plusieurs forces agissant dans des sens différents, pourra se tordre, s'étirer, modifiant profondément l'aspect donné par le chirurgien à ses sutures (DIAMANT-BERGER) (35).

L'accident qui semble beaucoup plus fréquent après gastro-entérostomie, relève du même mécanisme dans les suites de gastro-entérostomie et dans les suites de gastrectomie. Les seules différences sont dues aux conditions anatomiques et physiologiques particulièrement créées par ces deux interventions.

Plusieurs causes sont susceptibles d'influer sur le déclenchement de l'invagination :

La largeur de la bouche anastomotique

Peut-être la dimension excessive de l'anastomose a-t-elle une certaine valeur ?

Beaucoup d'auteurs ont pensé que plus la bouche était large, moins l'invagination avait de chances de se produire spontanément. C'était, selon eux, la raison pour laquelle cette complication se voyait beaucoup moins après gastrectomie qu'après gastro-entérostomie.

Un fait est certain, c'est que les bouches larges favorisent la pénétration de l'anse dans l'estomac. Permettent-elles plus facilement une réduction spontanée ? C'est bien difficile à dire, car d'autres facteurs entrent ou peuvent entrer en jeu pour rendre cette dernière impossible.

GUEULLETTE (51) demeure sceptique sur la question ; admettant, comme facteur déclenchant la trop grande largeur de l'anastomose, il n'en a cependant jamais observé personnellement après les anastomoses type POLYA qu'il emploie de façon courante.

La disposition de l'anse

Les examens gastroscopiques après gastrectomie montrent obligatoirement, d'après DIAMANT-BERGER (35), la présence d'un éperon intra-stomique, formé aux dépens du bord de l'anse du grêle, opposé au côté qui a été ouvert pour l'anastomose. Cet éperon sépare l'anse afférente de l'anse efférente. Il est d'autant plus saillant que l'angle formé par les deux anses est plus aigu ; ce qui se produit d'autant plus que la résection d'estomac a été plus large. Cet éperon est formé de tissu jéjunal qui a cependant perdu ses caractères :

De gris-lilas qui est sa couleur normale, il est devenu rose-rouge.

Une telle disposition peut être favorable aux invaginations. Cet éperon jéjunal qui fait saillie dans l'estomac en est une amorce. De plus, le reflux jéjunal ne peut se déverser dans l'anse efférente séparée de l'anse afférente et peut créer un anti-péristaltisme, soit en agissant comme excitant chimique, soit en créant une stomite.

La longueur de l'anse afférente

Ce facteur a été invoqué par de nombreux auteurs. LAMBRECHT et GUEULLETTE insistent beaucoup sur la longueur anormale de l'anse afférente. Pour GUEULLETTE (51), si l'anastomose porte sur les tous premiers centimètres de jéjunum immédiatement au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal, le déplacement devient presque impossible.

L'Antipéristaltisme

Beaucoup d'auteurs - LAMBRECHT (65), MARION et SANTOT (81), LEBLANC (67) - accordent une grande valeur au rôle joué par l'antipéristaltisme dans l'anse jéjunale.

MOUTIER et CORNET (86) pratiquant une gastroscopie systématique chez tous les opérés gastriques, trouvent huit invaginations chroniques et montrent combien il est fréquent de voir régurgiter du suc intestinal dans l'estomac, à travers la stomie, l'anse afférente y déverse la sécrétion duodéno-bilio-pancréatique, mais fréquemment le suc intestinal s'écoule de l'anse efférente. Il est évident que l'antipéristaltisme joue un rôle important.

Le péristaltisme

Le péristaltisme normal peut lutter contre le péristaltisme rétrograde et ainsi arrêter une invagination commençante. Si ce péristaltisme est perturbé, seules agiront les ondes antipéristaltiques.

RHODE (101) pense que seul le péristaltisme est responsable des invaginations et estime qu'il n'est pas nécessaire de supposer qu'il existe un péristaltisme rétrograde. Il pense que la vague péristaltique se déplaçant dans une direction opposée à la bouche parcourt le cylindre extérieur de l'invagination et dirige ainsi la pointe dans la direction de la bouche.

GUEULLETTE (51) ayant observé deux invaginations jéjunales, l'une de l'anse afférente, l'autre de l'anse efférente, accompagnant une hernie transmésocolique, plaide en faveur du rôle de l'hyperpéristaltisme dans le genèse de l'invagination.

Les spasmes

SANDSTROM (104) attribue, avec d'autres auteurs, une grande importance aux spasmes, qui seraient favorisés par l'existence d'adhérences serrées ou par une mauvaise fixation de la bouche. Analogues aux gastrospasmes suivant une injection de morphine laquelle, de plus, distend l'intestin grêle. Il existe deux cas d'invagination chez les morphinomanes - SCHWARTZMANN (106) et TUOMIKOSKI (115).

La pression intra gastrique

MOUTIER, CORNET et FAROUK SUKAN (87) ont remarqué trois fois sur huit, au cours d'une gastroscopie, l'invagination se réduire spontanément sous l'influence de l'insufflation. Sans doute s'agissait-il de formes chroniques, mais il est permis de penser que, dans l'invagination aiguë, la diminution de la pression intra-gastrique peut être une cause favorisante à la pénétration de l'anse dans l'estomac.

ALEMAN (2) pense d'ailleurs que si l'invagination est plus fréquente après gastro entérostomie qu'après gastrectomie c'est que, dans ce dernier cas, la contre pression à l'invagination dans l'intérieur de la petite partie de l'estomac qui subsiste est plus grande que lorsque l'estomac tout entier est relié au jéjunum.

IRONS et LIPIN (58) admettent également cette explication et invoquent comme facteurs favorisants d'une invagination : le spasme gastrique, les vomissements, l'aspiration gastrique, tous facteurs de baisse de la pression intra-gastrique.

Les facteurs chimiques et irritatifs

Dans les formes d'apparition tardive, on a invoqué la participation d'un ulcère peptique et voulu voir dans sa présence l'origine d'un spasme, agissant comme facteur de déclenchement - KOPP (63).

De même, ALEMAN (2) pense que l'arrivée du liquide gastrique acide serait le stimulus déclenchant, c'est pourquoi l'accident serait plus rare chez les gastrectomisés, la zone acidogène étant supprimée.

Autres facteurs

Plusieurs autres facteurs favorisants ont été invoqués : adhérences ou rétrécissement de la brèche mésocolique ou du mésentère jéjunal, sténose jéjunale en aval, entre autres. On a même invoqué le rôle joué par la vagotomie dans la mesure où elle peut provoquer une atonie et parfois des troubles de l'évacuation gastrique.

Certains retiennent comme facteur déclenchant un repas copieux avec boissons abondantes, tandis qu'à l'opposé CHRISTIAENS donne à l'hypoglycémie un rôle important. Celle-ci, en effet, stimule le centre hypothalamique du vague qui stimule la motricité intestinale.

Quant à la façon dont est réalisée l'anastomose (antérieure ou postérieure, iso ou anisopéristaltique) elle ne jouerait d'après OSMOND (91), FOWLER et SMITH (110), aucun rôle.

Pour terminer cette longue énumération, rappelons que l'âge ne semble pas avoir d'importance. Il oscillait dans les observations que nous avons étudiées entre 32 et 64 ans, 62 ans dans notre cas personnel.

Quant au sexe, toutes les observations que nous avons consultées, sauf une, concernent des hommes, mais doit-on en tirer des conclusions ?

Enfin, MARION et SANTOT (81), dont le malade était anglais, rappellent la fréquence des invaginations chez les anglo-saxons.

Notre enquête s'est bornée à l'étude des causes susceptibles d'entraîner l'anse dans l'estomac. Tous les facteurs doivent avoir un rôle, et c'est sans doute parce que le nombre d'entre eux doivent opérer simultanément que l'invagination n'est pas plus fréquente. Sans doute, d'autres facteurs nous échappent-ils encore et il est difficile de préciser pourquoi une résection bien tolérée pendant 23 ans peut brusquement se compliquer d'une telle perturbation mécanique.

PROBLÈMES THÉRAPEUTIQUES

L'invagination du jéjunum dans l'estomac pose de sérieux problèmes thérapeutiques. Ces derniers sont différents selon que l'on a affaire à une forme chronique ou aiguë.

Vu que, même en cas de désinvagination spontanée, sous l'effet de l'aspiration continue et des antispasmodiques, une récurrence est toujours à craindre, et que la cause déterminante reste inconnue, le traitement chirurgical s'impose dans tous les cas. Il est bien sûr préférable d'intervenir à froid sur un sujet dont l'état général est satisfaisant.

A/ - Les formes chroniques sont donc beaucoup plus faciles à traiter que les formes aiguës.

La désinvagination par expression gastrique, aidée au besoin par une traction douce de l'anse, est d'application facile. Mais désinvaginer n'est pas tout ; il faut s'ingénier à parer à la récurrence, on réalisera :

- Une nouvelle anastomose.
- Une dégastro-entérostomie s'il s'agit d'un ulcus cicatrisé, non sténasant.
- Une dégastro-gastrectomie s'il s'agit d'un ulcus encore évolutif.

B/ - En urgence, le problème est différent. La nécessité d'une intervention dans des conditions de préparation imparfaite, la complexité de l'état local, aggravent particulièrement le pronostic.

Si la plupart des auteurs estiment que la désinvagination simple est suffisante, l'anse invaginée n'étant généralement pas sphacélée, il faut cependant admettre que cette désinvagination n'est pas toujours facile et même quelquefois impossible. Une gastrostomie est souvent nécessaire pour faciliter les manoeuvres de réduction.

Après une tentative infructueuse de désinvagination, il faudra se résoudre à une action directe, et on a alors le choix entre :

- La résection intra-gastrique de l'anse invaginée dans l'estomac, peu conciliable avec un bon fonctionnement ultérieur selon GUEULLETTE (51), mais qui peut être la seule solution comme dans le cas de MARION et SAUTOT (81).
- La gastrectomie avec résection intestinale dans le cas d'invagination à travers la bouche d'une gastrectomie type POLYA.

Il semble que ce mode de rétablissement soit à proscrire pour traiter cette lésion selon MARION et SAUTOT (81).

- Attaquer directement le collet, débrider l'anastomose, extraire le boudin, reséquer l'anse malade et rétablir la continuité est la seule solution valable pour GUEULLETTE (51).

Si la désinvagination est obtenue, l'aspect de l'anse guidera l'attitude à adopter envers elle, résection ou non. A ce stade, ce sont les conditions locales et générales qui feront décider de la conduite à tenir :

- Une dégastro-gastrectomie peut être justifiée par la présence d'un ulcère évolutif et si l'état général le permet il paraît souhaitable de la faire immédiatement.
- La désinvagination simple sera acceptée devant un ulcus paraissant cicatrisé depuis longtemps, un pylore perméable, un mauvais état général. Certains auteurs complètent ce geste par une anastomose de BRAUN au pied de l'anse, dans le but de prévenir une récurrence.

Dans notre cas où l'état général était déplorable, nous avons ajouté à la désinvagination un Noble partiel espérant ainsi prévenir une récurrence, une dégastro-gastrectomie nous paraissant injustifiée dans ce cas là.

Notons que nous n'avons pas trouvé dans la littérature de récidence d'invagination jejuno-gastrique après simple désinvagination.

Comme pour n'importe quelle autre invagination, les résultats sont directement fonction de la précocité de l'intervention. Si elle a lieu dans les premières heures, on ne trouve que dix pour cent de mortalité alors que cette dernière atteint et dépasse cinquante pour cent après quarante huit heures.

CONCLUSION

Il nous a paru intéressant de profiter de l'occasion qu'il nous était donnée d'observer cette complication de la chirurgie gastrique, pour faire une revue générale des invaginations jejuno-gastriques après gastro-entérostomie et gastrectomie.

Nous devons insister sur les points suivants :

1°) - L'invagination de l'anse afférente, efférente ou des deux anses, est une complication, plus souvent tardive que précoce, de la gastro-entérostomie et beaucoup plus rare de la gastrectomie.

2°) - Elle peut revêtir une forme aiguë ou chronique, la première étant fatale si l'on n'intervient pas d'urgence.

3°) - Une hématomérose précédée d'une violente douleur épigastrique, un syndrome occlusif, la perception d'une tumeur abdominale mobile, une cicatrice épigastrique doivent nous suggérer une éventuelle invagination et imposer un examen radiologique.

4°) - L'étiologie et la pathogénie de cette affection sont assez mal connues.

5°) - Le traitement en est uniquement chirurgical.

VU, Le Président de Thèse

Pr. J. L. LORTAT-JACOB.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur
de l'Académie de PARIS,

Robert MALLET

VU, Le Doyen Honoraire,
Administrateur Provisoire
de la Faculté de Médecine,

G. BROUET.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - AGHINA. A.
Jejuno-jejunal invagination : unusual early complication of a gastric resection -
Minerva Chir. 15 octobre 1965, 20, 814/6.
- 2 - ALEMAN. S.
Jejuno-gastric intussusception : rare complication of operated stomach.
Acta Radiol. 1948, 29, 383 - 395.
- 3 - ARDUINO.
Invagination rétrograde de l'anse efférente après gastrectomie subtotale. Présentation d'un cas. Rev. Bras. de Chirurgia, 1952, 1, 107 - 112.
- 4 - ARMENIO. S. NOBILE. F.
L'invagination jéjuno-gastrique après résection gastrique.
Minerva chir. 1960, 15 (21), 1127 - 31.
- 5 - BAKALOU DIS
Les dysfonctionnements précoces de l'anastomose après gastrectomie subtotale.
J. de Chir. 1960 - 79, 279. 292.
- 6 - BAUMANN. E.
Arch. f. Klin. Chir. 1919. 111, 504 ; Ztbl. f. Chir., 1921 - 1943 ;
Ztbl. f. Chir. 1922 - 250.
- 7 - BAUMGARTNER
Invagination der abführenden jejunumschlinge in die Braun'sche
Anastomose nach Vorderer Bilioth 11. Resektion. Ztbl. f. Chir. 1938, 65, 1907 - 1909.
- 8 - BENENDO. B. - OLSZEWSKI. W.
Entero-gastric invagination following gastric resection. Pol. Przegl.
Padiol. Mai-Juin 1962, 26, 199/204.
- 9 - BERKANS-FERGUSON
Occlusion du grêle après gastrectomie - Arch. Surg. 1958, 76, 2.
- 10 - BERTHON. P. - POIRIER. A.
Invagination jéjuno-gastrique après gastrectomie. Presse. Med. 1960. 68 (56), 28.
- 11 - BETTMAN. R.B. - BALDWIN. R.S.
Retrograde intussusception of jejunum. A complication of gastro enterostomy.
J. Amer. med. Ass. 1933, 100, 1228.1229.
- 12 - BLOCH. LAINE. JJ.
Invagination of the gastroenterostomy aperture after gastrectomy.
A propos of a case. Bull. Soc. Chir. Paris, 4 nov. 1966, 56, 315/9.
- 13 - BLOND. K.
Arch. f ; Klin-chir., 1928, 153, 53.
- 14 - BOUCHIT. G. - L'AMEZEC. H. - BERIET. P.
Invagination aiguë de l'anse jéjunale dans le moignon gastrique après gastrectomie.
Bordeaux - chir. 1964 - n° 3 - 137 - 8.
- 15 - BRANDFORT - BOOGS
Invagination jéjuno gastrique après gastrectomie. Arch. of Surg 1948, 77, 1
- 16 - BUELOW. KH. MANZKE. E
Retrograde small intestine invagination following gastrice ressection.
Med. Welt. 2 décembre 1961, 48, 2537/9.

- 17 - BURDMAN, M.
Report of a case of thrice occurring retrograde intussusception of the efferent loop of jejunum through a gastro enterostomy stoma with a theory as to the etiology. Post. Grad med, J, 1954 - 30 - PP. 200 - 204.
- 18 - BUTLER, F.G - WOLLEY, I.M. - BURTON, W.Y.
Jejunal intussusception through gastro enterostomy stomach.
Radiology. 1945 - 844 - 498.
- 19 - CADENAT.
Occlusion du grêle après gastrectomie. mem. Acad. chir. 1947 - 73.
- 20 - CANTO'R. M. REYNOLDS, R.
Gastro intestinal obstructions. Williams et Wilkins', edit., Baltimore - 1957. 458, 461.
- 21 - CAUDELL, W.S. LEE, C.N.
Acute and chronic jejuno gastric intussusception. New-England.
J. med. 1955. 253 - 635 - 640.
- 22 - CHAMBERLIN, G.W.
Chronic recurrent jejuno gastric intussusception through gastro enterostomy.
Am. J. Surg. 1940. 49, 510. 512.
- 23 - CHRISTEAS, & COLL.
Retrograde jejuno jejunal intussusception : a rare post gastrectomy complication.
Brit. Journ. Clin. Pract. Oct. 1968 - 22.
- 24 - CHRISTIAENS, J.
Apparition d'invagination iléo-iléales multiples après une crise d'hypoglycémie. Acta.
gastro. ent. belg. 1951 - 3, 189/92.
- 25 - CONKLIN E. MARKOWITZ A.
Invagination intestinale après gastrectomie et gastro-entérostomie.
Surgery 1955 - 57 - P 307. 313.
- 26 - CONDLIN, EF & COPP.
Intussusception a complication of gastric surgery. Surgery mars 1965. 57 - 480/8.
- 27 - DAOUD GUTMANN J.
Les invaginations et les évaginations gastriques Post-opératoires.
Thèse Paris, 1949, n° 302, 22 P. dactylographiées, figures.
- 28 - DAVEY, W.W.
Retrograde intussusception following. Roux-loop anastomosis in total gastrectomy.
Brit. Of Surg. 1959, 42 - n° 171 - 102 - 103.
- 29 - DE ANDRAE, M.A. - DE ANDRADE - COELHO C.A.
Jejuno gastric intussusception associated with a strange post-operative complication (gastro-enterostomy) - Surgery - 1955, 47 n° 4. 653-661.
- 30 - DE ALMEIDA
Invagination rétrograde après gastrectomie. Rev. chir. S. Paulo. Juillet. Août 1948.
- 31 - DELFINO E.A.
Deutsch. Zschr. f. chir. 1922, 174, 69.
- 32 - DELORE ET CREYSSEL
Rev. Chir. Paris 1925 - 44 - 405
- 33 - DETOEUF G.
Intussusception jéjuno gastrique rétrograde après gastrectomie.
Acta chir. Belg. 1949. n° 6. 410/15.

- 34 - DEVOR D. - PASSARO E. Jr.
Invagination jéjunogastrique : Revue de 4 cas. Diagnostic et traitement.
Ann. Surg. 1966, 163, (1), 93/6.
- 35 - DIAMANT BERGER
L'occlusion de l'anse efférente, complication moyenne de la gastrectomie.
Le Bull. med. 1950. 64 - 7.
- 36 - DJOUSOWITCH
Invagination jéjunogastrique aiguë après gastrectomie. Ann. de chir. 1959. 13 - 1.
- 37 - DOBROWOLSKI J.
Recurrent jejuno gastric intussusception after gastro jejunostomy. Plo. Tyg. Lek.
18 décembre 1967, 22, 1976/7.
- 38 - DOLAN KD. & COLL.
Jejunogastric intussusception ten years after gastric surgery.
J.A.M.A. 15 juillet 1968, 205, 178/80.
- 39 - DUNLOP
Un cas d'invagination jéuno gastrique aiguë avec perforation d'un diverticule jejunal.
Aust. N.Z.J. Surgery 1952, 22, fasc. 1.
- 40 - DUVAL
Bull. Soc. Chirurgie. Paris. 1926 - 44 - 405 - Arch. Mal. App. Dig. 1926, 16, 123.
- 41 - FAGARASANU I. & COLL.
Invagination intragastrique de l'anse efferente, complication tardive de la gastrectomie.
P.M. 1966. 74 - 63/5.
- 42 - FREDERICK PL. & COLL.
Antegrade jejuno jejunal intussusception : a rare complication following total gastric
resection. Ann. Surg. Avril 1965. 101 - 597/600.
- 43 - FREEMAN FJ. & COLL.
Retrograde intussusception after total gastrectomy. Report of a case. Arch. Surg. (Chicago)
octobre 1966. 93 - 586/8.
- 44 - FORT J. J.
Invagination jéjunogastrique aiguë. Thèse Bordeaux 1956. n° 28.
- 45 - FOSTER D. G.
Retrograde jejuno gastric intussusception, rare causes of hématemosis. Arch. Surg. 1956.
73 - 1009/17.
- 46 - GERBER A & PINSKY JJ.
Jejunogastric intussusception following subtotal gastric resection.
Calif. Med. avril 1963. 98 - 221/4.
- 47 - GIRARD M.
Les troubles digestifs des gastrectomisés. Journ. Med. Lyon
20 décembre 1967. 48 - 1847/59.
- 48 - GOMBKOTO
Invagination après gastrectomie. Brun's Beitr. Z. Klin. chir. 1958, 196 -
61. 73. J. de chir. 78 - 99.
- 49 - GRIMMES A. E.
Retrograde intra gastric intussusception of the following jejunum subtotal gastrectomy.
Ann. of chir. 1949, 129, n° 3 - 404/7.

- 50 - GROPER M. J.
Retrograde enteric intussusception. Ann. Surg. 1940 . 112 - 344/50.
- 51 - GUEULETTE R.
Chirurgie de l'estomac. 266/73 : Complications locales à distance. Les accidents mécaniques. Masson et Cie, edit. Paris.
- 52 - GUTMANN. R.A.
Les syndromes douloureux de la région épigastrique, 5° édition.
Doin et Cie edit. Paris.
- 53 - GUTMANN R.A. & JOBIN P.
L'invagination des anses dans la bouche de gastro-enterostomie.
Presse Med. 1937, 46 - 923.
- 54 - HARTERT W.
Ztbl. f. chir. 1921, 32 - 1154.
- 55 - HERTZBERG J. et VESTERY C.W.
Invagination retrograde jéuno gastrique. J. of the Oslo City Hosp. 1957, 7, n° 12
193/200 - J. de chir. 76-619.
- 56 - HILLEMAND P.
Maladies de l'estomac, de l'oesophage, du duodénum. Flammarion édit. Paris.
- 57 - HILLEMAND P. CHEVIGNE et SARRAZIN
A propos de l'invagination du jéjunum dans la bouche de gastro-entérostomie.
Bull. Soc. med. Hôp. Paris 1946. n° 15. 16. 17. 239/40.
- 58 - IRONS H.S. et LIPIN R.J.
Jejunogastric intussusception following gastro enterostomy and vagotomy.
Ann. of surg. 141 - n° 4 . 541/46.
- 59 - JACKMAN M. et MIDDLEMISS J.H.
Invagination retrograde jejunogastrique - Brit. J ; Surg. 1961. 49 - (215) 260/5.
- 60 - JOUVE D. POILROUX J. EL AYOUBI A. S.
Invagination jéuno-gastrique survenant 23 ans après une gastro-entérostomie. Marseille.
Chir. A paraître.
- 61 - KALINOVSKY
Invagination jéuno gastrique rétrograde. Med. J. Australia. 1968, 55 (23) . 1045/7.
- 62 - KAUFFMANN A.
Ileus durch rétrograde invagination in einer alten gastro entero-anastomose.
Beitr. Z. Klin. chir. 181 - 94.
- 63 - KOPP S. G.
Lyon chir. 1925, 22, 664.
- 64 - KRONKE E.
Invagination rétrograde du jejunum après opération sur l'estomac.
Zbl. chir. 11 janvier 1958. 83 n° 2. 58/67.
- 65 - LAMBRECHT
Invagination jéjunogastrique après gastrectomie. Zbl. of chir. 1959, 84 - n° 8. 287/291
J. de chir. 78. 604.
- 66 - LAMGHOF J.
Hémorragie gastrique massive par invagination rétrograde du jéjunum après gastrectomie déjà ancienne. Zbl. f. chir. 79 n° 48. 2034/37. J. de chir. 71 - 527.

- 67 - LEBLANC J. LAUTIER P.
Invagination jéuno-gastrique de l'anse afférente après gastrectomie.
Sem. Hop. Paris. 1966. 42 - (44) 2630/2.
- 68 - LEDOUX-LEBARD R. & GARCIA G. CALDERON J.
Le Radio-diagnostic de l'invagination jéjunogastrique après gastro-entérostomie.
Arch. des mal. de l'app. dig. 1933. n° 23. 533/41. 2 fig.
- 69 - LEGER L. LOYGUE J.
Les dysfonctionnements précoces de l'anastome après gastrectomie.
J. de chir. 65 - n° 3 116/28.
- 70 - LENARDUZZI G. & BONOMINI B.
Arch. ital. Mal. app. dig. 1932. 1 - 457.
- 71 - LERAY & RAKOTODRAVAO D.
Invagination aiguë de l'anse efférente dans le moignon gastrique.
Journ. d'electroradiol. 1959. n° 8 - 9. 485/87.
- 72 - LESZIER. A.
Invagination jéjunogastrique compliquant une gastrectomie-Radiologia clinica, 1947, 26,
n° 1. 21/26 - J. de chir. 75. 226.
- 73 - LEWISOHN. R.
Ann. Surg. 1922. 76 - 543.
- 74 - LOFGREN L. SEPPALA A et VOLIO L.
Retrograde intussusception of the jejunum following gastric resection.
Acta. Chir. Scand. 1963. 126 - 627/35.
- 75 - LORTAT-JACOB J.L. RICHARD A.
Complication de la gastrectomie E. M. C. mai 1961 - 9023 RIO - 3.
- 76 - LUND R. et SANDERUD K.
Invagination intra-gastrique de l'anse jéjunale après gastrectomie.
Acta. chir. Scand. 1954 - 108 - n° 263 - 213/17. J. de chir. 71. 452.
- 77 - LUR'E T.M. & COLL.
Retrograde invagination following gastric surgery - Sovet. Mes. juillet 1965 - 28 - 60/3.
- 78 - MAC NAMARA W. L.
Retrograde jejuno-gastric intussusception through a subtotal gastrectomy stoma.
Ann. Surg. 1944. 130 , 207/10.
- 79 - MAILLET P. DEVIN R. LATASTE J.
Nouveau traité de technique chirurgicale. tome X. P.475 - Mason et Cie. Edit. Paris.
- 80 - MAINGOT R.
Abdominal operation. ed. IV, P 384, W. Y. 1961.
- 81 - MARION & SANTOT
Lyon chir. 1948. 43 - 381.
- 82 - MAZON L.B. WILLIAMS R.W. MARSHBURN
Invagination jéjunogastrique après gastrectomie.
Arch. of Surg. 1960. 81 - n° 3 . 485/491 - J. de chir. 81 - 634.
- 83 - MIHAILESCU M. et POPP R.
Ocluzie prin invaginarea ansei jejunale dupa rezectie de stomac si gastroenteroanastomoza.
Chirurgia, 1959, n° 3 447.

- 84 - MOSS HB.
Jejunogastric intussusception following gastric resection.
Journ. Indiana. Med. Ass. Dec. 1964. 57 - 1347/50.
- 85 - MOUTIER Fr. & CORNETA.
Le problème des suites graves des gastrectomies pour ulcère gastro-duodénal.
Arch. des mal. de l'App. dig. 1950. 39 - 1209/19.
- 86 - MOUTIER Fr. CORNET A. SUKANF.
Aspect endoscopique des invaginations jéjunales dans la bouche de gastrectomie. X° congrès de la société de Broncho-oesophagologie.-gastroscopie, 25 octobre 1951. Paris.
- 87 - MOUTIER F. CORNET A. SUKAN F.
L'invagination chronique de l'anse jéjunale dans la bouche de gastrectomie.
Dem. Hop. Paris. 1952 - n° 71 - 2785.
- 88 - MOUTIER GHELEW B.
Etude endoscopique de l'estomac opéré. Evolution post-opératoire.
Arch. des Mal. App. Dig. 1939. 29 - n° 8 - 817/33.
- 89 - MULERO HL. & COPP.
Jejunogastric intussusception : an infrequently recognized cause of post gastrectomy complications. Amer. Journ. Dig. Dis. juin 1967. 12 - 639/45.
- 90 - NOTHNAGEL
Cité par WANGENSTEEN.
- 91 - OSMOND J.D. FOWLER H.D.
Invagination jéjunogastrique avec relation d'un cas. the Am. J. of Roentg. Radiumtherapy a nuclear med. 79 - n° 5 - 786/88. J. de chir. 77. 131.
- 92 - PALMER E.
Retrograde intussusception of the gastro jejunal stoma. An. J. Dig. Dis. 1954, 21 - 309/13.
- 93 - PERMAN E.
Acta chir. Scand. 1935. 77 - Suppl. 38.
- 94 - PODWINSKI A. & COLL.
Gastro intestinal intussusception after partial gastrectomy.
PoL. Tyg. Lek. 3 juillet 1967. 22 - 1039/40.
- 95 - PROPPING
Cité par WANGENSTEEN.
- 96 - PUECH LEO
Invagination retrograde jéjunogastrique à travers la bouche de gastrectomie.
Rev. Paulista Med. 1949. 35 - 105/8.
- 97 - RAWLINSON JK.
Retrograde jejunogastric intussusception following partial gastrectomy.
Brit. Journ. Surg. septembre 1961. 49 - 227/9.
- 98 - REYLET W.P. J.r. ANDERSON A.A.
Invagination jéjunogastrique retrograde. Surg. gyn. Olst. 1964. 119 - (6) - 1305/11.
- 99 - RICHARD C.A. RENE L.
Complications de la gastroentérostomie. E.M.C. mars 1965. 9023. P. 10.
- 100 - RICHARDSON J.E.
Chronic jejunal prolapse following gastro-enterostomy. Brit. J. Surg. 1953. 40 - 471.

- 101 - ROHDE O.
Acta. chir. Scand. 1944. Vol 25. fasc. 5-6-21.
- 102 - ROXBURGH RA.
Acute on chronic jejuno gastric intussusception following partial gastrectomy.
Post grad. Med. journ. avril 1964. 40. 212/3.
- 103 - SAKATA T. & COLL.
3 successfully treated cases of intussusception following gastrectomy.
Surg. Ther. (Osaka) Mai 1969. 20 . 598/601.
- 104 - SANDSTROM C.
Acta radio. Scand. 1944. vol. 25. fasc. 5-6-21.
- 105 - SCHNELLER F.
Cité par TUOMIKOSKI
- 106 - SCHWARTZMANN E.
Med. Klinik. 1919 - 18 - 434.
- 107 - SHACKMANN R.
Jejunogastric intussusception. Brit. J. Surg. 1940. 27 - 475/80.
- 108 - SHIFFMAN MA. & COLL.
Intussusception following gastric resection. Report of five cases and literature review Amer.
Surg. octobre 1966. 32 - 715/24.
- 109 - SIBLEY WL.
Proc. Mayo. clin. 1934. 9 - 364.
- 110 - SMITH I.
Retrograde jejuno gastric intussusception following gastrectomy.
Brit. J. of Surg. 1955. 42 - n° 176. 654/58.
- 111 - STAMMERS
Occlusions intestinales consécutives à la gastrectomie. Brit. of Surg. 1952. 39 - 159.
- 112 - SOKOLOWSKI J. & COLL.
A case of late invagination of the efferent loop in Braun's anastomosis after gastrectomy.
Viad. Lek. 15 février 1967. 20 - 389/91.
- 113 - SUKAN FAROUK
Invagination de l'anse jéjunale dans le bouche de gastrectomie.
Mémoire pour le titre d'assistant étranger. Paris 1951. 17 pages dactylographiées. 15 fig.
- 114 - THOREK & LORIMER
J. Amer. med. Ass. 1947. 133 - 21.
- 115 - TUOMIKOSKI V.
Acta Soc. med. "Duodecim" 1931, 10 - 1.
- 116 - TUSCHKA O.
Jejunogastric intussusception J.A.M.A. 1963. 186 (12) 1092/13.
- 117 - VINK
Invagination rétrograde de l'anse efférente après gastrectomie.
Arch. chir. neerl. 1950 fasc. 4.
- 118 - VIRTAMA P. & JANKALA E.
Intermittent jejuno gastric intussusception after subtotal gastrectomy.
Brit. Journ. Radiol. novembre 1961. 34 - 750/2.

- 119 - WANGENSTEEN O. H.
Intestinal obstruction. Publ. by Charles C. Thomas, Springfield, ILLINOIS P. 399.
- 120 - WATSON T. R. GANDELL W. B.
Acute jejuno gastric intussusception. Report of a case. Surgery 1958. 28 116/20.
- 121 - WEESE K.
Invagination rétrograde de l'anse efférente après gastro-entérostomie.
Zbl. f. chir. 1955. 80 . n° 1. 17/23. J. de chir. 71. 652.
- 122 - WEISS VIVILLE SCHVINGT
Invagination rétrograde de l'anse efférente. Arch. mal. App. dig. 1964. 53 . n° 3. 207. 214.
- 123 - WISOFF C. P.
Jejunogastric intussusception. Radiology. 1953. 61 363. 367.
- 124 - YASARGLI EC. et COLL.
Retrograde invagination of the jejunum caused by Brown's anastomosis following gastrectomy. Gastro enterologia (BASEL). 1965. 103.



SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes Chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes Confrères si j'y manque !



TABLE DES MATIÈRES

I - INTRODUCTION	page 14
II - HISTORIQUE	page 14
III - OBSERVATION	page 15
IV - ETUDE CLINIQUE	
- diagnostic positif	page 18
- diagnostic radiologique	page 19
- diagnostic différentiel	page 19
V - ANATOMIE PATHOLOGIQUE	page 23
VI - RECHERCHES ETIO-PATHOGENIQUES	page 25
VII - PROBLEMES THERAPEUTIQUES	page 27
VIII - CONCLUSION	page 28
IX - BIBLIOGRAPHIE	page 1 à 8



